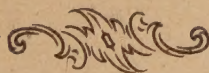


DOCTEUR LOUIS GOUPILLE
de la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Contribution à l'étude des Phlébites syphilitiques

SYPHILIS SECONDAIRE
ET
PHLÉBITES

(Essai clinique et thérapeutique)



PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1922



A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

*Il était mon meilleur ami, le plus
dévoué, le plus indulgent.
Aimé de tous, il restera un modèle
à l'imitation de qui tendront
tous nos efforts.*

A MA MÈRE

*En témoignage de ma grande affec-
tion et de ma profonde reconnais-
sance.*

A MA GRAND'MÈRE

ET

A MA TANTE

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GILBERT

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur



AVANT PROPOS

Nous ne voulons pas commencer l'exposé des travaux effectués en vue de cette thèse sans avoir rempli un double et un impérieux devoir.

Qu'il nous soit permis tout d'abord de saluer nos camarades d'études glorieusement tombés au champ d'honneur.

Que le souvenir de leur abnégation sublime, de leur suprême sacrifice nous serve d'exemple de dévouement et de haute conscience professionnelle : la voie nous sera tracée dans la carrière où nous entrons pour accepter les sacrifices que seule peut rémunérer la satisfaction du devoir accompli.

Nous exprimerons ensuite toute notre gratitude et notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux.

A ceux de Nantes qui, parmi les difficultés sans cesse rencontrées au début, ont conduit nos premiers pas au chevet des malades. Pour nous apprendre l'art de la médecine ils n'ont négligé ni leur temps ni leur science.

A ceux de Paris, maîtres éminents dont l'enseignement clinique a parfait notre instruction. Nous avons

rencontré près d'eux le même désir d'augmenter sans cesse nos connaissances pour nous permettre d'atteindre dignement le but que nous nous étions proposé : le soulagement des misères tant physiques que morales.

Monsieur le docteur Paul Blum, Interne des hôpitaux de Paris, a bien voulu nous fournir le sujet de cette thèse et nous prodiguer ses conseils, nous sommes heureux de lui exprimer ici l'expression de notre gratitude.

Monsieur le professeur Gilbert en voulant bien accepter la présidence de notre thèse nous a fait un honneur que nous apprécions hautement. Nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Paris février 1922.

INTRODUCTION

Depuis Mauriac (1) Mendel (2) et Fournier, la connaissance de la phlébite syphilitique est un fait acquis et l'on sait qu'elle peut se voir aussi bien en pleine période secondaire qu'à la période tertiaire.

Nous nous sommes demandé, avant de rédiger ce travail, si depuis la généralisation de la piqure intra-veineuse les faits de phlébites syphilitiques ne s'étaient pas montrés plus fréquents et si, dans certains cas de phlébite dite traumatique, le tréponème n'était pas en jeu.

Nous en profitons pour faire un exposé de la question des phlébites syphilitiques secondaires qui peuvent atteindre les veines superficielles et même les gros troncs veineux des membres.

Notre travail est ainsi divisé :

I. — Historique.

II. — Etiologie.

(1) MAURIAC (Ch.) *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*. Paris 1890, p. 834.

(2) MENDEL. *Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique*. (Arch. génér. de Médecine, Paris 1894.

(3) FOURNIER (A). *Traité de la Syphilis*, 1898, tome I, p. 703.

III. — Variétés cliniques.

IV. — Diagnostic.

V. — Traitement.

VI. — Observations.

VII. — Conclusions.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'histoire de la phlébite syphilitique remonte déjà très loin ; considérée d'abord comme une affection rare, elle était regardée comme une conséquence de la syphilis congénitale (Anderson et Birsch-Hirschfeld) (1). Mais ces auteurs décrivaient des lésions d'endo-phlébite de la veine ombilicale du cordon des hérédos syphilitiques.

C'est en réalité au milieu du XIX^e siècle avec Virchow (1850) et Lancereau (1882) puis Cornil (2) (1879) et Babes (1886) (3) que les notions de syphilis veineuses, basées sur des considérations anatomiques, prenaient corps.

Les observations de phlébite au cours de la syphilis secondaire datent, en France, de Mauriac (1890).

Comme le rappelle Roussy, (4) dans une revue géné-

(1) ANDERSON et BIRSCH-HIRSCHFELD. Art. Phlébite *in dict. Dechambre* 1887.

(2) CORNIL et BABES, *Des bactéries*, 1886.

(3) CORNIL, *Leçons sur la syphilis*, Paris, 1879, p. 38.

(4) ROUSSY, Phlébite syphilitique secondaire. *Gazette des hôpitaux*, 5 septembre 1903, p. 1013.

rale très documentée, il y avait eu avant quelques cas nets de phlébite syphilitique secondaire publiés en Angleterre par Girdwood dès 1860 (1)

Nous citerons seulement les noms des nombreux syphiligraphes qui ont également publié des observations de phlébites syphilitiques secondaires (Greenhow, Bréda, Charvot, les 10 observations de Mendel dans un travail sur la phlébite syphilitique et les thèses publiées par Heuzard (Paris 1898) Bondesio (1899).

En 1911, dans un travail très étudié Philippe Gaillard (2) s'intéresse spécialement à la syphilis précoce des veines superficielles des membres. Sa thèse contient une grosse bibliographie et met la question au point jusqu'à cette date.

En 1914, Druelle et Paul Blum (3) publient un mémoire dans les Annales des maladies vénériennes qui établit l'existence de la phlegmatia alba dolens au cours de la syphilis secondaire c'est-à-dire d'une phlébite oblitérante, chose qui *a priori* paraît surprendre puisque la syphilis secondaire procède habituellement par lésion inflammatoire simple. Les observations de Dieulafoy, d'Andry et Constantin, de Tourneux etc., citées par ces auteurs prouvent que cette forme non décrite autrefois n'est pas exceptionnelle.

(1) GIRDWOOD : On three cases of phlebitis occurring in patients affected with syphilitic poison. *The Lancet*, 1860, p. 619.

(2) GAILLARD PHILIPPE : De la syphilis veineuse et particulièrement de la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres (*Thèse de Paris*, 1911).

(3) DRUELLE et PAUL BLUM, La Phlegmatia alba dolens syphilitique secondaire, (*Annales des Mal. Ven.* Paris, octobre 1914).

Quant à la question des phlébites viscérales syphilitiques, Lancereaux dans son *Traité des maladies du foie*, envisage l'hypothèse de lésions syphilitiques dans la pyélophlébite adhésive et dans la phlébite des veines sus hépatiques. Roussy cite l'observation de Chrétien dans laquelle il s'agissait d'une thrombose porto-cave survenue au cours de la syphilis.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Mendel, Fournier, Gaillard explorant systématiquement les veines superficielles des membres chez des syphilitiques en puissance de chancre ou de manifestations secondaires ont été frappés de la fréquence relative de la phlébite syphilitique secondaire.

De notre enquête faite à St-Louis, il ne nous est pas apparu que les phlébites syphilitiques fussent plus fréquentes alors que deux faits nouveaux sont intervenus :

La plus grande fréquence de la syphilis ;

La généralisation des piqûres intraveineuses ainsi que la variété et le polymorphisme des liquides injectés dans les divers services de syphiligraphie.

Nous n'avons pas l'intention d'insister sur les causes qui prédisposent aux phlébites en général et à la phlébite syphilitique en particulier.

La prédisposition professionnelle (professions fatigantes obligeant à la station debout prolongée : garçons

coiffeurs; terrassiers, employés de magasin, soldats, peintres en bâtiments, etc.) joue un rôle certain dans quelques cas de phlébite syphilitique.

Les varices ne semblent pas être une cause nettement prédisposante, sauf quand il y a trouble trophique marqué : eczéma variqueux, peau à tendance ulcéreuse.

L'alcoolisme paraît jouer un rôle adjuvant. Ce qui est certain c'est que les hommes sont plus souvent atteints que les femmes ; Cf. les statistiques de Panella, Gaillard, Roussy.

Panella note 78, 65 pour les hommes et 21, 35 pour les femmes comme moyenne : Gaillard donne un pourcentage de 72, 04 chez les hommes et de 27, 95 chez les femmes dans une publication de 92 cas.

Une infection surajoutée peut-elle favoriser la phlébite syphilitique ? Evidemment : Mais il faut savoir que cette infection surajoutée (comme par exemple le rhumatisme articulaire) peut-être absolument étrangère à la phlébite qui alors est de nature exclusivement syphilitique.

Nous ne citerons pas tous les nombreux travaux de laboratoire mettant hors de doute l'action du tréponème comme cause de la phlébite.

L'observation de MM. Thibierge et Ravaut (observation n° 8) leur a permis d'écrire ce qui suit (1).

« Le 8 mars nous pratiquons l'extirpation d'un fragment de cinq centimètres le long de la veine saphène interne droite entre deux ligatures.

(1) THIBIERGE ET RAVAUT (*Bull. Soc. Médicale des Hôpitaux*, 14 avril 1910, p. 342.

« La veine excisée forme un cordon souple, donnant sensation d'une tige de caoutchouc plein de 3 millimètres de diamètre environ. A la coupe elle est presque complètement oblitérée et on trouve avec peine au centre un vestige de sa cavité.

« *Recherche du spirochæte.* Des frottis sur lames de la paroi interne de la veine sont examinés à l'ultra microscope ; on constate au milieu de débris cellulaires sur différents champs, cinq spirochætes ayant tous les caractères du *spirochæta pallida*, dont deux seulement sont animés de mouvements propres. On n'y rencontre aucun microbe ni aucune autre forme de spirilles ou de filaments spirales.

« *Inoculation au singe.* Aussitôt après l'excision de la veine (8 mars) on inocule un macaque rhesus en deux points différents préalablement scarifiés : au niveau de la région orbitaire droite et au bord libre de la paupière supérieure droite avec de la sérosité provenant de la cavité centrale de la veine et par friction directe de petits fragments de la veine.

« Le 1^{er} avril (24^e jour après l'inoculation) apparaît au niveau de la région orbitaire une macule rouge jambonnée de 5 millimètres sur 3 environ. Cette macule est légèrement surélevée du fait de l'infiltration du tégument. Rien n'est visible au niveau de la paupière.

« Le 2 avril (25^e jour après l'inoculation) la lésion du rebord orbitaire devient plus nette.

Au niveau du bord libre de la paupière ; au point où ont été faites les scarifications apparaît un œdème rouge foncé.

« Les 3-4 et 5 avril les lésions s'accroissent.

« Le 6 avril la lésion du rebord orbitaire diminue d'intensité et est le siège d'une légère desquamation. La lésion du bord libre de la paupière est également moins nette.

« Le 8 avril les lésions se sont encore légèrement atténuées ; elles sont cependant encore très nettes, surtout celle du bord libre de la paupière, cette région permettant la comparaison avec le côté opposé resté indemne.

« Ces lésions expérimentales sont absolument superposables, et par leur incubation, et par leurs caractères objectifs, à la description que nous avons donnée en 1905 de la syphilis expérimentale de la paupière des singes macaques » (1).

(1) G. THIBIERGE et P. RAVAUT. La réaction palpébrale des singes macaques à l'inoculation de la syphilis. (*Bull. de la Soc. Médicale des hôpitaux*, 2 juin 1905, p. 465).

CHAPITRE III

VARIÉTÉS CLINIQUES

1°) Phlébite superficielle des membres

Cette forme inflammatoire simple qui traduit cliniquement l'infection de l'endoveine, sans qu'il y ait obturation d'un gros tronc veineux d'un membre, est la forme habituelle au cours de la syphilis secondaire.

Elle *siège* le plus généralement comme la phlébite en général, aux membres inférieurs. Cependant les cas de phlébites superficielles du membre supérieur sont loin d'être rares. Enfin il y a des cas où l'on observe l'atteinte consécutive de la veine saphène puis des veines basilique ou céphalique comme dans les observations de Fournier (observation n° 4, observation n° 5).

Le moment *d'apparition* de ces phlébites superficielles diffère dans les multiples observations publiées.

Elle peut être dans des cas rares, l'unique manifestation de la syphilis secondaire. Elle se voit souvent en même temps que la roséole ou les accidents cutanéomu-

queux de la période secondaire, elle peut les précéder, Grivood (obs. 3). Elle apparaît quelque fois en pleine période de traitement, découverte de hasard comme dans l'observation de Gaucher et Chiray (observation n° 7).

On l'a vue enfin précéder toutes les autres manifestations syphilitiques (Lenoir) (1) (observation n° 6).

Elle ne paraît pas particulièrement liée aux formes graves de la syphilis secondaire mais passait plus fréquente dans les formes qui s'extériorisent le moins au point de vue cutaneo-muqueux et serait plus rare dans les syphilis florides.

Enfin il semblerait que certaines races de tréponèmes aiment particulièrement les vaisseaux et soient « phlebotropes ». Nous citerons à l'appui de cette opinion, qu'il ne nous a pas été donné de vérifier, les deux observations de Fournier citées plus haut, de même que les faits non exceptionnels de phlébite syphilitique à bascule, les phlébites à répétitions, les phlébites chroniques.

Début.

Cliniquement *le début* habituel est insidieux ; le malade ressent à peine quelques vagues fourmillements, quelque pesanteur dans le membre atteint. Le début brusque par une douleur vive est exceptionnel ; l'apparition de phénomènes fébriles traduit rarement la réaction inflammatoire. On note cependant parfois une légère élévation de la température : 37°6-38° ou une petite

(1) LENOIR : 2 cas de syphilis secondaire des veines. Association française par l'avancement des sciences (Congrès de Boulogne-sur-Mer 1899).

exacerbation thermique si le malade présentait une courbe hypothermique depuis le début des accidents secondaires. Rarement la température monte à 39° - $39^{\circ}5$ avec rapidité du pouls Gayraud (1) (observation n° 2).

Période d'état.

Quand la phlébite est constituée et qu'elle atteint les veines superficielles des membres, elle se traduit surtout par un seul symptôme : La présence de cordon thrombosé. Rien, dans quelques cas, n'attire l'attention sur elle, et c'est en examinant systématiquement les syphilitiques en traitement qu'on observe à l'inspection et plus souvent à la palpation la présence de ce cordon thrombosé.

Quand le cordon est visible, la veine se dessine plus nettement sous la peau et paraît comparativement plus grosse que celle du côté opposé ; il y a parfois, mais ce signe est inconstant, une traînée rosée, comme dans la lymphangite, de chaque côté du cordon veineux.

L'empatement, la circulation collatérale, le gonflement, l'immobilisation, sont des signes rares dans cette forme superficielle.

Au palper on perçoit 3 phénomènes d'inégale intensité.

1° Le cordon dur.

2° La douleur diffuse.

3° Un léger œdème ; à distance habituellement : (œdème malléolaire dans le cas de phlébite du membre inférieur,

(1) GAYRAUD observation in *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Montpellier 1882.

œdème léger du dos de la main dans le cas de phlébite du membre supérieur.

La douleur que nous avons mise au 2^e plan est en effet légère ; elle apparaît par la pression, la mobilisation du membre, par les mouvements. Elle est rarement vive avec exacerbations nocturnes, et s'écarte par là des faits de phlébite oblitérante que nous étudierons.

L'induration du cordon est au contraire le signe constant, le seul symptôme de premier plan perceptible nettement par le doigt qui palpe. Elle peut se présenter sous 4 aspects suivant le siège précis de la thrombose.

1^o Phlébite totale : c'est le cas où la veine tout entière est dure et augmentée de volume.

2^o Phlébite partielle : c'est l'inflammation d'une petite partie du trajet veineux.

3^o Phlébite fractionnée : quand le trajet veineux est normal entre 2 ou 3 parties indurées.

4^o Phlébite segmentaire : quand elle intéresse un segment de membre.

Les signes fonctionnels sont peu accusés et les signes généraux guère plus à la période d'état.

Marche. Durée. Terminaison.

La phlébite malgré son aspect bénin n'en n'a pas moins la valeur d'un symptôme important indiquant la virulence des manifestations secondaires.

« Les symptômes, disait le P^r Fournier, sont ceux d'une phlébite de modalité initialement subaiguë mais tournant presque aussitôt à une modalité froide aphlegmasi-

que et l'affection ne consiste plus qu'en une induration plastique du cordon veineux ».

C'est ainsi décrire deux phases de l'évolution de l'affection.

La phase subaiguë dure quelques jours (Roussy) elle peut se prolonger. La durée de l'ensemble est de un mois environ ; elle peut atteindre 6 semaines, 8 semaines et plus : 6 mois même dans un cas (Mauriac) observation n° 11.

Dans ce cas il y eut du reste aussi phlébite profonde.

Bien traitée, cette affection doit guérir assez vite, et la veine reprendre sa souplesse et son élasticité, mais comme dans toutes les manifestations phlébitiques en général on peut observer des récidives et des rechutes.

Complications.

Les complications sont cependant exceptionnelles.

L'embolie n'a jamais été observée, l'œdème chronique, les poussées inflammatoires, les phénomènes de névrite coexistants sont tout à fait exceptionnels ; s'ils apparaissent c'est que la phlébite n'était pas de nature syphilitique.

Les manifestations musculaires ou articulaires sont rares ; une arthrite coexistante est chose rare et la lymphangite exceptionnelle.

Le pronostic est donc comme on voit excellent ; il est constant de voir cette affection guérir spontanément.

La seule réserve que nous apportons, est la question du peu de résistance de la veine à l'infection en général et un tréponème en particulier. Cette réserve nous l'ap-

portons moins au point de vue vital qu'au point de vue fonctionnel. On sait, nous l'avons vu, que la phlébite syphilitique aime à atteindre plusieurs veines à la fois (21 fois sur 35 : statistique de Roussy).

Enfin peut-être que, sous des influences étrangères, le tréponème latent peut constituer un danger pour l'endoveine du syphilitique et se réveiller.

2° Formes profondes des membres

Phlegmatia alba dolens

Considérée comme très rare par Galliard-Roussy cette forme est loin d'être exceptionnelle.

Le professeur Fournier (1) notait l'avoir rarement observée sauf parfois au niveau du mollet.

Le professeur Gaucher (2) observait cependant que la phlébite peut atteindre parfois les veines profondes et il citait l'observation d'Audry et Constantin (obs. n° 13).

Druelle et Paul Blum s'étonnent à propos d'une observation que nous tenons à rapporter (observation n° 10) de ce que les anciens auteurs passent sous silence ou même aillent jusqu'à nier le rôle étiologique de la syphilis secondaire dans les phlébites profondes et particulièrement dans les phlébites oblitérantes des gros troncs veineux des membres, se traduisant en un mot par le syndrome de la *phlegmatia alba dolens*.

Ils apportent dans leur mémoire sur ce sujet des

(1) FOURNIER : *Traité de la syphilis* Tome II, édit 1901.

(2) GAUCHER : la syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur (*Précis de syphyliographie*) Dain éditeur 1909.

observations extrêmement intéressantes et sur lesquelles nous nous basons pour décrire la forme phlegmatia alba dolens de la phlébite syphilitique secondaire.

Par le terme de phlegmatia alba dolens syphilitique secondaire nous entendons d'ailleurs éliminer absolument les cas intermédiaires secundo-tertiaires et a *fortiori* les cas très connus et admirablement décrits par le P^r Vaquez dans le *Traité de la syphilis* de Fournier où il s'agissait d'oblitération veineuse par des gommès de l'endoveine ; question que nous n'avons pas à traiter ici.

Le siège est souvent, au niveau du membre inférieur, la veine fémorale, la veine poplitée ; au membre supérieur la veine humérale.

Un fait sur lequel insistent MM. Druelle et Paul Blum est la fréquence de la lésion à bascule ; la bilatéralité est souvent observée ; on observe plus rarement que dans la forme superficielle une atteinte successive des membres inférieurs et supérieurs.

L'apparition de la phlegmatia alba dolens au cours de la syphilis secondaire paraît être un accident très précoce de la syphilis. On la voit, soit en même temps que la 1^{re} poussée secondaire, soit peu de temps après elle.

C'est ainsi que l'on voit, une thrombo phlébite profonde du mollet apparaître trois semaines après la roséole dans le cas de Mauriac (observation n° 11), quatre semaines après le chancre dans le cas de Druelle et Paul Blum (observation 10) : avant l'apparition des manifestations secondaires.

Elle apparaît deux mois après les accidents secondaires

dans le cas d'Audry et Constantin (observation n° 13) et deux mois et demi après le chancre dans celui de Dieu-lafoy (observation n° 14).

La phlébite syphilitique secondaire des veines profondes des membres offre le tableau clinique de la phlegmatia alba dolens.

Début.

Elle débute habituellement par de la douleur ; cette douleur est d'abord légère, devient assez vite aiguë, bientôt intolérable et entraîne de l'impotence fonctionnelle.

L'œdème apparaît précocement et le membre augmente rapidement de volume.

Les signes généraux, peu signalés par les auteurs paraissent être peu accusés et nous n'avons pas trouvé de cas avec forte élévation thermique : on sait d'ailleurs aujourd'hui que les faits de syphilis fébrile ne sont pas rares, surtout en période secondaire ; il n'y aurait donc pas lieu de s'étonner d'en rencontrer.

Il n'est pas signalé de début embolique ou hémoptoïque il sera donc intéressant d'examiner systématiquement les veines des malades syphilitiques qui présenteront de petites hémoptysies sans cause bien nette.

Période d'état.

Les trois termes de la phlegmatia alba dolens sont habituellement observés.

Si la douleur est parfois vive elle est habituellement moins marquée que dans les phlébites puerpérales. Le malade scuffre en marchant ou quand il veut

étendre ou mobiliser son membre, mais on n'observe pas cette douleur nerveuse à forme paroxystique suivant le trajet des nerfs qui est si caractéristique de la phlegmatia puerpérale. On n'observe pas davantage des douleurs fulgurantes avec élancements intermittents.

Il en résulte néanmoins une impotence fonctionnelle plus ou moins marquée, et le malade immobilise son membre endolori. Aux jambes cela se traduit d'abord par de la boiterie, puis par des attitudes vicieuses (flexion, abduction, rotation externe); aux bras, par de la flexion de l'avant bras sur le bras, et le bras est écarté du tronc.

L'œdème commence à la malléole ou au poignet suivant la veine oblitérée, il a une tendance à remonter vers la racine du membre, et en peu de jours il atteint le membre entier; parfois il passe du côté opposé. Rarement peu marqué il est habituellement très appréciable, d'un blanc livide, semé de stries bleuâtres et uniformément étendu à tout le segment de membre.

Dans la phlébite poplitée il est maximum sur le dos du pied et à la partie inférieure de la jambe qui devient cylindrique, dans la phlébite fémorale il est plus accentué à la racine du membre. Dans le cas de Gruelle et Paul Blum il s'étend même sur la partie inférieure de la paroi abdominale.

Dans la phlébite humérale c'est le bras qui est surtout œdématié. Il y a parfois 5 à 6 cm. de différence à la mensuration des deux membres (Audry et Constantin).

Cet œdème est douloureux à la pression, il peut-être

douloureux spontanément et parfois même la nuit (Druelle et Blum).

La recherche du tronc veineux thrombosé doit être faite avec prudence pour ne pas mobiliser le caillot. Au niveau du triangle de Scarpa s'il s'agit de la veine fémorale, au niveau du creux poplité s'il s'agit du tronc veineux poplité, on la fera à la partie interne du bras en dedans du biceps s'il s'agit de la veine humérale. En ces points la pression est manifestement douloureuse ; il y a d'ailleurs souvent une petite réaction périphlébitique.

Les veines superficielles ne présentent ordinairement pas de traces de lésions et, souvent, il n'y a ni traînée rouge ni lymphangite. Parfois on observe cependant de la circulation veineuse collatérale.

Les malades sont généralement pâles comme le sont naturellement les syphilitiques à la période secondaire ; la température est modérée comme aussi tous les autres signes généraux.

Marche, durée, terminaison

Dans la phlegmatia alba dolens syphilitique secondaire l'allure clinique et l'évolution ne sont pas celle de la forme superficielle ; la distinction en période subaiguë et en période aplegmasique est beaucoup moins nette.

Bien traitée, l'amélioration commence parfois en quelques jours, mais la guérison n'est complète qu'au bout d'un mois dans le cas d'Audry et Constantin (observation n° 13) à six semaines : cas de Druelle et Blum (observation n° 10). De plus l'évolution peut-être entrecoupée de complications.

Complications.

L'embolie tardive et grave doit-être pour le moins exceptionnelle dans la phlegmatia alba dolens syphilitique secondaire car elle n'est signalée dans aucune des observations publiées jusqu'ici. Aucun auteur ne relate cette mort rapide par asphyxie ou cette mort subite par syncope qui sont malheureusement d'observation fréquente dans le phlegmatia des accouchées.

Les complications locales sont aussi exceptionnelles sauf la périphlébite qui est au contraire courante ; l'érysipèle, la gangrène, le sphacèle sont observés.

L'embolie pulmonaire précoce, réalisant le tableau de la petite embolie de l'infractus hémoptoïque de Laennec n'est pas rare. Nettement observée par Druelle et Paul Blum elle se traduit par un point de côté, par de la dyspnée, surtout des crachats hémoptoïques avec à l'auscultation des foyers et des râles répondant aux sièges des lésions. Dans le cas de ces auteurs, il se produisit 3 embolies successives en l'espace de quelques jours.

On n'a guère signalé d'autres complications dans le phlegmatia alba dolens syphilitique secondaire ; mais d'autres manifestations secondaires viscérales peuvent accompagner la phlébite sans qu'il soit permis d'établir pour cela un rapport pathologique. Les phénomènes douloureux : crampes, névralgies persistantes paraissent par contre plus en rapport avec l'infection veineuse.

Dans l'observation de Richard d'Aulnay nous voyons une pleurésie et un ictère accompagner la phlébite (observation n° 12) ; dans celle d'Achard et Demanche

une albuminurie persistante d'ailleurs après la disparition de la phlébite (observation n° 15).

Ce sont là d'autres manifestations viscérales de la syphilis mais qui ne semble pas avoir de rapport avec la phlébite proprement dite.

3° Phlébites viscérales et autres localisations

L'inflammation de l'endoveine au niveau des veines profondes viscérales a beaucoup moins attiré l'attention des auteurs. En effet la rareté des autopsies de malades atteints de syphilis secondaire explique ce manque d'observations nettes.

La phlébite de la veine ombilicale a bien été étudiée par Anderson, Birsch-Hirsfeld. Depuis on a décrit également des pylo-phlébites dans l'hérédo-syphilis. Lancereaux parle notamment de la phlébite de la veine sus-hépatique.

Si les lésions de phlébites viscérales ont été suffisamment étudiées, on ne retrouve aucune étude de lésion secondaire pouvant nous intéresser.

Les veines de la face peuvent parfois être intéressées. Friboes (1) cite le cas publié par Blasch-Ko et cite à son tour 2 cas de périphlébites de la face se traduisant par un cordon de chaque côté de l'œil.

Nous n'avons pas trouvé d'observation de phlébites des veines du cou.

Dans l'observation de Trumier et de Loeper (obs. 5) une ligamenteuse abdominale est intéressée.

(1) FRIBOES : *Dermat-Zeitschrift*, 1918, t. XX, p. 125 cf. *Arch. de dermat. et syphilis*, 1914, p. 493.

4° Formes rares

a) *La pseudo lymphangite d'origine phlébique* (cette forme, décrite par Koulnieff en 1889 à St-Petersbourg (1) démontrait la présence d'un cordon induré de la verge coexistant avec le chancre. Elle est exceptionnellement en rapport avec des accidents secondaires mais elle peut parfois coexister avec eux surtout quand ces accidents se forment *in situ*.

b) *Trombo-phlébite nodulaire* (Darier et Civatte) (2) Cette forme ne se distingue guère de certains cas de syphilis noueuse et se rattache à l'érythème noueux syphilitique. Caractérisée cliniquement par des nodosités violacées siégeant sur les régions vasculaires, elle est habituellement une forme intermédiaire entre la lésion secondaire et la gomme.

5° Phlébites syphilo-traumatiques

Si l'injection intra-veineuse est à l'heure actuelle aussi en honneur que l'était la saignée aux xv^e et xvi^e siècle, il faut sans conteste observer que les phlébites sont, relativement au nombre des malades traités de cette façon, une rareté. Le menu traumatisme qu'est la piqûre intra-veineuse provoque exceptionnellement des lésions inflammatoires.

(1) KOULNIEFF : Etude sur la prétendue lymphangite consécutive à l'induration syphilitique primitive (*Ac. Imp. de St-Petersbourg* : dissertation inaugurale 1889).

(2) DARIER et CIVATTE. Syphilides nodulaires hypodermiques *Ann. Dermat. et syph.* mai 1907 p. 267.

Nous ne voulons pas retracer ici toute l'histoire de la phlébite traumatique et démontrer à nouveau comment progressivement on est arrivé à la théorie infectieuse de cette phlébite. Rappelons seulement les exemples si détaillés de phlébites traumatiques, notamment la phlébite consécutive à la saignée, que donnaient tous les anciens traités.

L'asepsie actuelle a rendu rares toutes ces sortes de lésions, et l'on peut dire que la piqûre intra-veineuse voire même la saignée et les opérations les plus importantes sur les veines sont inoffensives.

Nous n'en sommes plus à ce point de vue à l'époque de Cruveilhier où toute intervention de ce genre était considérée comme dangereuse ce qui faisait réprouver à cet auteur la ligature dans le traitement des varices.

Du reste, le traumatisme de la veine est minime quand l'injection intra-veineuse est bien faite. Ici deux éléments entrent en ligne de compte.

1° La nature du liquide injecté.

Avec les injections de cyanure de mercure on n'observe aucune induration du cordon veineux après une série de piqûres.

Après les injections de novarsenobenzol et des autres sels organiques arsenicaux de la série arseno-benzènes, les indurations des cordons veineux sont également exceptionnelles.

Si cependant les injections sont répétées trop souvent à la même veine et au même point (et c'est quelquefois une nécessité lorsque les veines sont difficilement acces-

sibles) il peut se produire de l'induration du cordon veineux. Cette induration perceptible à la palpation et donnant la sensation d'un cordon dur roulant sous le doigt peut devenir un obstacle à l'injection, même pour un praticien ayant une grande habitude de l'injection intra-veineuse.

Ces faits sont relativement rares.

Par contre, certains sels comme par exemple le benzoate de mercure, de par leur nature même donnent fréquemment des indurations considérables d'origine phlébitique, ce qui a dû y faire renoncer par les auteurs mêmes qui en ont fait l'essai (Bizard et Klein).

2° La façon dont l'injection intra-veineuse est pratiquée.

De nombreux désastres ont été provoqués par des essais maladroits : simple endolorissement du bras quelquefois s'étendant du pli du coude à la main, douleur vive, parfois syncopale, œdème, flegmons et même escarres.

Il faut faire la piqûre intra-veineuse en trois temps : piquer dans un 1^{er} temps la peau et le tissu cellulaire sous-cutané : entrer dans un 2^e temps dans la veine bien fixée et bien repérée. Enfin dans un 3^e temps cathétériser la veine avec une aiguille bien adaptée ; ce dernier temps est réalisé lorsque le sang reflue d'une façon nette dans le corps de pompe de la seringue sur laquelle l'aiguille sera toujours montée. On écarte ainsi la crainte de transfixer la veine ou de la piquer. Il faut en effet éviter surtout la pénétration du liquide dans la paroi vei-

neuse, nous ne la redouterons pas en nous servant d'une aiguille assez grosse qui, en employant la technique indiquée, nous donnera la preuve que nous sommes bien dans l'intérieur de la veine par le reflux du sang dans le corps de la seringue.

Certains symptômes sont des signes prémonitoires de phlébite traumatique.

La *douleur* au siège même de la piqûre avec irradiations le long du bras ou de l'avant-bras pouvant s'étendre jusqu'à la main.

Le *gonflement de la veine* : visible au niveau du bras et persistant parfois quelque temps après la piqûre, ce gonflement n'est pas localisé au point traumatisé mais il s'étend sur plusieurs centimètres.

Ces deux phénomènes rares, avec les injections de novarsenobenzol s'observent plus souvent avec le cyanure de Hg ce qui tient à ce que le cyanure de mercure est particulièrement caustique. Nous en avons la preuve avec les escarres produites par les piqûres mal faites.

Le *nodule phlébitique* est un phénomène qui n'est pas exceptionnel ; il rappelle les nodules variqueuses et semble lié à une réaction inflammatoire locale dont le point de départ est l'endoveine.*

Comme parfois plusieurs nodules se terminent sur le trajet de la veine infectée, et comme il rappellent les nodules extirpés par Friboes au niveau des veines faciales nous nous sommes demandé s'il n'y a pas là une réaction inflammatoire dont le germe pathogène serait tréponème ?

Cela a été démontré dans le cas auquel nous faisons

allusion et où il s'agissait d'une syphilis noueuse traumatique.

Malgré la fréquence des injections intra-veineuses, pratiquées en série dans les consultations du soir des hôpitaux, notamment à St-Louis, les médecins chargés des services n'ont pu nous signaler un seul fait de véritable phlébite traumatique par injection intra-veineuse.

Le traumatisme produit par ces injections est donc minime; il donne parfois une réaction de l'endo-veine. Mais il s'agit bien là plutôt d'une pré-phlébite que d'une véritable phlébite.

Les prises de sang faites avec des aiguilles de plus gros calibre ne donnent pas, elles non plus, de réaction importante.

Ainsi donc, toute piqure aseptique est incapable de déclancher par elle seule la production d'une infection de l'endoveine.

On ne peut pas nous semble-t-il établir un parallélisme entre les phlébites traumatiques syphilitiques et la syphilis traumatique en général dans laquelle il est démontré que les tréponèmes se développent et agissent au niveau même du point traumatisé.

CHAPITRE IV.

DIAGNOSTIC

Lorsqu'un malade en période secondaire présente des signes de phlébite on doit penser à la phlébite syphilitique secondaire.

A. — **Dans la forme superficielle** l'absence de signes fonctionnels de signes généraux, l'apparence bleu-tée du cordon veineux, la perception spéciale donnée par la palpation de ce cordon induré feront qu'on ne la confondra pas avec une *lymphangite*. Du reste l'examen du malade doit faire savoir :

1° Si le cordon noueux suit bien le trajet de la veine;

2° Si le cordon noueux ne conduit pas à un ganglion lymphatique ;

3° Quel est le résultat de l'épreuve de la compression de Fournier.

« En comprimant le membre à sa racine on produit de la turgescence des veines superficielles : cette com-

pression est sans influence sur le cordon pathologique ».

Quand il s'agit de lymphangite ces divers signes distinctifs n'ont pas une valeur absolue, ils peuvent du reste manquer et enfin il peut être délicat sinon dangereux de les rechercher. L'erreur est possible et on conçoit que la phlébite syphilitique ait été si longtemps méconnue.

Chez les sujets variqueux le diagnostic est difficile, surtout si les veines sont dilatées des deux côtés et si les deux côtés sont légèrement douloureux. S'agit-il d'une *phlébite variqueuse* ou d'une syphilis de l'endoveine ? Le repos calme rapidement la phlébite variqueuse et est insuffisant pour agir sur la phlébite syphilitique.

La *myosite syphilitique* peut induire en erreur d'autant plus qu'elle se traduit par des nodosités développées dans l'axe du membre. Un examen attentif permettra de se rendre compte qu'il s'agit de lésions musculaires mais il faut savoir qu'elle s'accompagne souvent de phlébite.

Enfin la *phlébo sclérose*, état particulier d'induration des veines qui peut prêter à confusion. La sensation ressentie par le doigt qui palpe (comme le fait remarquer Gaillard) n'est pas celle d'un vaisseau injecté de suif mais plutôt celle d'un tuyau de caoutchouc aplati. L'évolution chronique non influencée par le traitement antisiphilitique lèverait les doutes.

B. — Dans la forme profonde type phlegmatia alba dolens, il ne faudra pas se laisser influencer par

l'œdème qui peut être considérable (Druelle et Blum) et qui pourrait faire croire à un *œdème d'origine rénal* ou *d'origine cardiaque*. La découverte du cordon veineux poserait le diagnostic.

Si l'œdème est dur, si la peau est rosée, si la circulation collatérale est marquée on pourrait *songer à un phlegmon*. Mais il n'y a pas dans la phlébite syphilitique secondaire l'ensemble de signes graves indiquant l'infection profonde et diffuse comme dans un phlegmon.

L'Erysipèle ne pourrait non plus être confondu avec ses symptômes bien particuliers. Un diagnostic plus délicat parfois est celui du *rhumatisme articulaire* qui n'est pas exceptionnel dans la syphilis secondaire et ceci nous conduit à la 2^e partie du problème.

La phlébite est-elle d'origine syphilitique? la question se pose s'il y a coexistence de traumatisme, de plaie, d'une maladie infectieuse aiguë ou chronique.

Chez la femme il faudra avant tout penser aux affections utérines même en dehors de la puerpéralité.

Le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la tuberculose pulmonaire sont autant de causes qui peuvent intervenir en dehors de la syphilis.

Il faudra donc tenir compte de l'examen du malade ; l'interrogatoire recherchera la date précise du chancre, le diagnostic posé et les examens bactériologiques qui ont pu être faits.

Il faudra faire un examen soigneux et méthodique de la peau et des muqueuses pour dépister les accidents secondaires.

L'interrogatoire et l'examen apprendront aussi si le malade a des céphalées, des douleurs ostéocopes, de l'alopecie, de l'onyxis etc., tous signes en rapport avec l'explosion secondaire.

Enfin et surtout la recherche de la réaction de Bordet Wasserman : elle doit être positive dans la presque totalité des cas.

La marche de l'affection sera également un élément de diagnostic important :

Rappelons en effet ce que disait Fournier « inflammation subaiguë tournant rapidement à la modalité froide ».

Elle présente parfois des exacerbations douloureuses et évolue en 6 semaines à 2 mois.

La rareté des complications dans la forme superficielle, la possibilité de complications pulmonaires légères dans la forme profonde restent un signe particulier à la phlébite syphilitique secondaire.

Enfin l'influence du traitement, que nous nous proposons maintenant d'étudier et à la faveur duquel rapidement nous verrons disparaître les accidents liés véritablement au tréponème sera l'ultime pierre de touche d'un diagnostic hésitant.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

1^o **Traitement préventif**

Les manifestations secondaires de la syphilis qui apparaissent au cours d'un traitement antisyphilitique viennent habituellement, semble-t-il, de deux causes :

a) On a fait subir au malade un traitement *insuffisant*. M. Milian a montré à différentes reprises que les traitements insuffisants étaient plus dangereux qu'utiles, qu'ils « chatouillaient pour ainsi dire le tréponème au lieu de le détruire. Cette insuffisance de traitement peut porter sur les doses ou sur la durée du traitement.

Au point de vue doses, il est nécessaire de les administrer d'une façon méthodique et en se rendant compte de l'action du médicament à la fois sur les accidents syphilitiques en évolution et sur l'état général du malade (température, état du foie, etc).

Au point de vue durée il est nécessaire que le traitement soit suffisamment prolongé : combien de malades

qui ont reçu leur série dite classique de 10 piqûres de novarsenobenzol et qui restent encore avec une réaction Wassermann positive.

Les traitements d'entretien ne valent guère mieux ; ils entretiennent la syphilis disait Millian et il est avéré que les traitements organisés administrativement avec périodes obligatoires de repos semblent tout à fait néfastes dans le traitement des syphilitiques.

b) Le malade n'a pas reçu un *médicament approprié*. Le Pr Landouzy disait « il n'y a pas de maladies il y a des malades ». Il semble, que s'il y a des susceptibilités particulières des organismes vis-à-vis de tel ou tel médicament, il y ait aussi de multiples races de tréponèmes si l'on en juge par leur résistance aux antisyphilitiques.

Suivant les malades on trouve des syphilis arsénorésistantes, des syphilis mercurio résistantes ou bismuthorésistantes.

En dernier lieu nous nous demandons si les médicaments utilisés ne doivent pas être modifiés dans certains cas en cours de traitement en vertu de la loi générale si intéressante établie par Ch. Richet sur l'adaptation aux antiseptiques?

En résumé, il nous semble que pour bien conduire le traitement de la période secondaire on doit tirer des indications : 1° de la modification des accidents sous l'influence du traitement ; 2° de l'état du Wassermann, dans le sang et même dans le liquide céphalorachidien après une première série d'essai avec tel ou tel médicament.

De cette façon on fera du mercure aux syphilis qui paraissent arsénorésistantes ou on essaiera de leur ap-

pliquer les nouvelles méthodes bismuthiques. On ferait inversement dans les syphilis mercurio-résistantes.

2° Traitement local de la phlébite syphilitique secondaire

Le repos au lit, l'immobilisation absolue dans la gouttière ouatée ne sont pas une règle immuable quand il s'agit de traiter une phlébite syphilitique secondaire.

Il faut sans doute éviter la fatigue, la station debout prolongée s'il s'agit d'un phlébite du membre inférieur, les exercices des bras s'il s'agit du membre supérieur.

Ici tout est une question d'espèces.

S'il s'agit d'une phlébite superficielle le repos suffit.

S'il y a un peu d'œdème et surtout s'il y a une phlébite profonde il faut sans hésiter immobiliser le membre malade en position horizontale dans une gouttière ouatée comme pour les phlébites en général.

Cette mesure n'est pas prise dans la crainte des embolies qui, ainsi que nous l'avons vu, ne sont pas fréquentes dans la phlébite syphilitique secondaire ; elle est surtout destinée à favoriser l'évolution spontanée et la résorption du caillot.

Contre l'élément douleur, exceptionnel dans la forme superficielle mais plus fréquent dans la forme profonde doit on agir localement ? Il est certain que les bains chauds, les applications de cataplasmes émollients, de compresses imbibées de chlorhydrate d'ammoniaque soulagent la douleur. Fournier conseillait de pratiquer des onctions le long des cordons veineux avec un onguent napolitain belladonné.

Onguent Napolitain. 10 gr.

Extrait de Belladone. 5 gr.

Toutes ces mesures paraissent n'être pas inoffensives et il vaut mieux avoir recours à l'enveloppement ouaté et à une légère compression.

En cas de douleurs très vives : les opiacés.

3° Le traitement général, traitement antisyphilitique

Quel que soit le médicament utilisé, y a-t-il inconvénient à recourir à la voie intraveineuse ?

C'est là une crainte qui fait arrêter certains praticiens prudents pour ne pas produire d'embolie sur un terrain prédisposé avec une endoveine malade.

Des observations que nous avons faites et comme nous l'avons démontré dans le chapitre de la phlébite syphilitique traumatique, il semble que ce soit un excès de précaution ou de prudence inutile.

Donc nous emploierons la voie intra-veineuse ; nous n'estimons pas avec Gaillard qu'ainsi nous remplissons un traitement général en même temps que local résumant deux indications thérapeutiques essentielles. Il nous suffit de savoir, par la voie intra-veineuse, employer la meilleure et la plus sûre méthode antisyphilitique.

Du reste, il nous semble prudent de pratiquer l'injection intra-veineuse du côté d'un membre non malade, les embolies ne sont pas à craindre ; seule la formation rapide de phlébo-sclérose serait une contre indi-

cation à la voie intra-veineuse. Quel sel emploierons-nous ?

Le cyanure de Hg qui donnait de si bons résultats à MM. Thibierge et Ravaut est, en effet, excellent et il donne peu de réactions. Praticué d'abord à la dose de 1,2 centigramme tous les jours puis de 1 centigramme tous les jours ou tous les deux jours suivant l'état de réceptivité du malade. L'intolérance du cyanure (diarrhées, colites dysentériques, stomatite, etc.) nous obligera à recourir aux arsénicaux.

Le novarsenobenzol, moins encore que le cyanure ne paraît contre indiqué dans les phlébites syphilitiques. Non seulement il ne précipite pas la coagulation sanguine mais on sait qu'il a plutôt un pouvoir empêchant.

Praticué tous les 8 jours à doses progressives il pourra se faire tous les 5 jours à partir de 0,15 ou même de 0,30 si le malade est vigoureux et a une syphilis secondaire floride.

Enfin les sels de bismuth pourront être employés à défaut des premiers.

Nous mettrons sur un 2^e plan les médications.

Par voie buccale, pilules de Dupuytren, 2 par jour, ou de protoiodure (anciennes pilules de Ricard 2 par jour).

Par voie sous-cutanée, les sels de Hg solubles Biodure 0,01, Benzoate 0,01.

Par voie intramusculaire : Huile grise.

Par voie cutanée : friction à l'onguent Napolitain.

Ce sont là des médications que le praticien n'utilisera qu'à défaut des autres.

Le novarsezobenzol sous-cutané qui est assez en honneur à l'heure actuelle à la dose de 0,15 tous les deux jours dans 2 cc. de sérum ne paraît pas particulièrement indiqué dans les cas de plébites syphilitiques.

Enfin convient-il de donner de l'iodure de potassium ? La question ne se pose pas si l'on utilise les arsénicaux organiques ; à la rigueur on peut l'employer avec les sels mercuriels mais combien ce sera plus utile dans la syphilis tertiaire dont nous n'avons pas à nous occuper ici, qu'à la période secondaire.

4° Le traitement anti-syphilitique et les résultats thérapeutiques dans la phlébite syphilitique secondaire.

Assez rapidement, en quelques semaines les malades sont complètement guéris sans que la phlébite ne présente ni complications ni séquelles.

Certains auteurs, Campbell d'Edimbourg (obs. 7) Gaillard se déclarent sceptiques sur l'action préventive du traitement antisyphilitique, en argumentant que des phlébites syphilitiques se sont déclarées en pleine période ou après traitement.

Comme nous le disions au début de ce chapitre il y a des syphilis plus rebelles les unes que les autres ; il y a surtout des traitements insuffisants. Le malade de Campbell a reçu des injections de calomel du 11 septembre au 7 octobre. On arrête alors le traitement à cause d'une légère stomatite mercurielle. Quant à l'observation de Mendel que rapporte Gaillard elle fait allusion à un ma-

lade soumis à un traitement par le mercure et l'iodure depuis trois semaines !!

Enfin nous insistons à nouveau sur ce point et déclarons qu'une phlébite apparaissant en cours de traitement de la syphilis n'est pas nécessairement due au tréponème. Mais, en face des présomptions, le Wasserman donnera d'utiles renseignements.

Lorsque le malade sera guéri de sa phlébite, il faudra qu'il ménage ses veines ; on pourra le mettre à un traitement général pendant quelques mois à base d'hamamélis virginica pour régulariser sa circulation veineuse.

OBSERVATIONS

Obs. I (*inédite*) (Due à l'amabilité du Dr Paul BLUM).

Phlébite syphilitique secondaire chez un ancien rhumatisant

S. M: 30 ans, chauffeur dans une usine, entre le 21 février 1921 salle Saint-Christophe dans le service de M. le professeur Gilbert.

A son entrée il se plaint d'essoufflement et de douleurs dans les jambes ; il y a un an il a déjà fait un séjour à l'hôpital pour une crise de rhumatisme articulaire aigu qui dura 1 mois et se compliqua d'affection cardiaque.

Le début de l'affection actuelle remonte à quatre mois mais le malade souffre surtout depuis huit jours.

Le malade accuse un point de côté siégeant à gauche au-dessus du mamelon ; en même temps il s'essouffle facilement, a de la dyspnée d'effort et se plaint de palpitations parfois très violentes. Mais ce qui frappe le plus à son entrée à l'hôpital est la tuméfaction de la jambe gauche surtout marquée au genou. La douleur qui est assez nette surtout au niveau du creux poplité ne l'immobilise pas complètement ; le malade peut marcher.

L'œdème malléolaire est absent ; une vague douleur diffuse surtout marquée depuis quelques jours occupe la face interne de la cuisse jusqu'à la région inguinale.

La jambe gauche présente des cicatrices de lésions ré-

centes mal déterminées. Mais sur tout le trajet de la saphène interne on trouve un cordon veineux dur, douloureux à la pression surtout accentué à la crosse de la saphène. La peau, qui recouvre la veine, n'est pas inflammée. On ne trouve au palper des aines, ni ganglions inguinaux ni ganglions cruraux.

Du côté droit il n'y a absolument rien d'anormal si ce n'est que la pression des masses musculaires est légèrement douloureuse.

La température est tout à fait normale : 36°6-36°8, il y a même hypothermie et deux ou trois fois le malade a eu 36° et même moins 35°4.

Sur les mains et sur les pieds le malade présente des lésions desquamatives qui, par leur couleur rouge bistre, peu keratosiques et squameuses rappellent les *syphilides palmaires psoriasiformes*. Aux pieds ; à la plante on trouve des lésions de même genre : sur la peau pigmentée de ce malade il y a d'ailleurs des cicatrices suspectes.

La rate est grosse, le foie également.

Les urines ne contiennent aucun élément anormal.

Les réflexes sont tous normaux.

Au cœur on note un beau souffle d'insuffisance aortique et un léger souffle d'insuffisance mitrale.

Le malade nie la syphilis. Son Wassermann fait il y a un an était négatif. Cette fois il est positif total dans le sang.

D'ailleurs l'évolution aphlegmasique de cette phlébite, ces syphilides palmaires avaient fait penser à l'origine syphilitique de la phlébite qu'on ne pouvait mettre sur le compte d'une poussée de rhumatisme.

Le malade guérit complètement sous l'influence heureuse d'injections quotidiennes intraveineuses de 0,01 de cyanure d'Hg qui portèrent d'ailleurs la température au-dessus de 37°.

En mai 1921 le malade revient avec une phlébite de la veine céphalique et de la veine basilique gauche qui guérit également sous l'influence du cyanure de Hg.

II

Phlébites superficielles

Obs. II (GAYRAUD) (1) (*Phlébite débutant par une fièvre intense*).

C. 23 ans, chancre en août 1880.

Le 22 juin 1881. Sans cause appréciable survient une fièvre intense qui oblige le malade à garder le lit. Le lendemain la fièvre est presque nulle. A ce moment C. attire l'attention sur une douleur qu'il éprouve à la partie interne du bras droit en arrière du biceps. Toute cette région est un peu rouge et légèrement tuméfiée : la douleur est assez vive pour empêcher l'examen par palpation.

Le surlendemain on constate la diminution de la douleur et du gonflement ; à la partie interne du bras, du pli du coude jusqu'à la région axillaire, s'étend au-dessous de la peau un cordon dur sans nodosité du volume d'une plume de corbeau situé en avant de l'artère humérale, très douloureuse à la pression. Pas d'œdème de l'avant-bras. Pas d'engorgement ganglionnaire. On diagnostique une phlébite adhésive de la veine basilique.

III

Obs. III (GIRWOOD) (2) (*Les 3 premiers cas publiés de phlébite syphilitique*).

Premier cas : Malade observé en 1857. Syphilis de trois mois ; lésions secondaires de la bouche et du pharynx. Phlébite de la saphène interne droite. La phlébite se montre aussi à gauche d'une façon symétrique.

Deuxième cas : Un soldat contracte la syphilis. Deux mois après il présente une phlébite de la veine saphène interne gauche. La veine du côté opposé fut également atteinte ce

(1) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Montpellier 1882.

(2) GIRWOOD, On thrée cases of phlebitis occurring in patients affected with syphilitic poison (*The Lancet*, 1860, p. 609).

n'est qu'après, que se montrèrent les accidents secondaires du côté de la peau.

Troisième cas : Phébite gauche et droite d'un syphilitique.

Obs. IV (FOURNIER et LOEPER) (1) (*Phlébite de la saphène interne et consécutivement des veines radiale, céphalique et de la tégumentouse abdominale*).

Le nommé D. âgé de 32 ans, est entré pour des syphilides palmaires et plantaires absolument typiques et datant de 5 semaines. Il se plaint depuis 4 jours de faiblesse des membres inférieurs et surtout d'une tuméfaction siégeant au niveau de la naissance du tendon d'Achille des deux côtés. En ce point il existe, en effet, deux nodules gros comme un petit œuf de pigeon empâtés et moyennement durs et douloureux. Ces nodules siégeant sur le trajet de la saphène externe les extrémités se continuent par un cordon, une ficelle double jusqu'au creux poplité. La saphène interne visible comme une petite corde sous la peau est également prise dans toute son étendue et très dure. Sur certains points on perçoit de légères nouures peut-être dues aux valvules des veines. Trois jours après notre examen, les veines *radiales superficielles, médianes superficielles, céphaliques* se prirent dans les mêmes proportions sur les deux membres supérieurs et la *tégumentouse abdominale* même, du côté gauche était infectée.

En aucun point il n'existait de douleurs, d'œdème, ni de circulation collatérale, une simple sensibilité un peu plus nette que normalement quand on roule la veine entre les doigts.

Le traitement spécifique mixte fut institué et trois semaines après son entrée à l'hôpital notre malade ne présentait plus qu'une flexibilité un peu moindre de sa saphène interne gauche.

(1) FOURNIER et LOEPER, *Société de dermatologie*, 1899.

Obs. V (FOURNIER et LOEPER) (*Atteinte consécutive des veines saphènes puis des veines radiale et céphalique (Résumé)*).

Malade de 40 ans en période d'éruptions secondaire. Cordon dur sur la saphène interne depuis la malléole jusqu'à quatre centimètres de l'arcade crurale. Deux jours après la saphène externe se prend à son tour et en même temps petites bosselures grosses comme une lentille sur la médiane céphalique et la veine radiale superficielle du côté droit.

Pas de fièvre, pas de lésions du tissu cellulaire périveineux. Traitement spécifique. Guérison.

Obs. VI. — (LE NOIR) (1) (résumé). *Phlébite débutant avant les accidents secondaires.*

Jeune fille de 23 ans ; depuis huit jours, douleurs dans la jambe gauche et gonflement disparu après 2 jours de repos puis reparu après un jour de travail. A l'examen : léger œdème des deux tiers inférieurs de la jambe gauche et douleur à la pression au niveau de la ligne médiane du mollet. Quelques varicosités font penser à de la phlébite variqueuse.

Au bout de 12 jours, douleurs et gonflement ont disparu mais éruption d'apparence roséolique sur la poitrine et dans le dos.

La malade quitte l'hôpital et le diagnostic reste en suspens. Elle revient 4 jours après.

Œdème des deux jambes ayant débuté à droite ; roséole très nette et ultérieurement plaques muqueuses de la vulve et de l'anus ; syphilides papulo squameuses, traitement anti syphilitique. Disparition rapide de l'œdème, mais à gauche sur le trajet de la saphène externe existence d'un cordon dur.

La malade sort au bout d'un mois. Toute trace d'inflam-

(1) LENOIR, Deux cas de syphilis secondaire des veines. Association française pour l'avancement des sciences. (*Congrès de Boulogne-sur-Mer, 1899*).

mation avait disparu il n'y avait jamais eu de fièvre et les urines n'avaient jamais contenu d'albumine.

Obs. VII. — (CAMPELLE D'EDIMBOURG) (1) (Résumé). *Récidive au bout de trois semaines malgré traitement.*

Maçon de 38 ans, chancre en 1901. Traitement d'un mois. 5 septembre 1902, le malade sent que tout son côté droit s'affaiblissait et a mal dans les reins.

Le 11 septembre hémiplegie droite : le malade est mis aux injections de calomel. Le 7 octobre on cesse les injections à cause d'une ligne stomatite avec salivation. En même temps le malade souffre de la jambe droite et on constate à la vue un cordon veineux à la face antéro-interne de la cuisse droite. Quinze jours après le malade ne ressent plus rien et se promène un peu dans la salle.

Le 26 octobre : on recommence les piqûres de mercure après que le dentiste a soigné les dents. Tous les deux jours injection de 4 centigrammes d'hermophényl.

28 octobre : douleur au genou droit, cordon sur le long de la saphène interne.

Le 21 novembre, la veine est presque imperceptible.

Obs. VIII. — (GAUCHER et CHIRAY) (2) (Résumé). *Phlébite découverte de hasard.*

Madame H., 27 ans, souffre de la gorge depuis 5 semaines. Depuis 5 jours, poussées fébriles. Ganglions sous maxillaires. Le diagnostic porté fut celui de chancre de l'amygdale.

On découvre par hasard à la visite l'existence de petites nodosités sous cutanées au niveau du pli du coude droit et le diagnostic est porté de phlébite syphilitique.

« La lésion fut reconnue par hasard car la malade ne souffrait nullement à moins qu'on n'appuyât au niveau de la veine transforée ».

(1) CAMPBELL, *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 21 nov. 1982, p. 1005.

(2) GAUCHER et CHIRAY, *Presse médicale*, 1903, p. 148.

Traitement mercuriel, la malade sort de l'hôpital sur sa demande non entièrement guérie.

Obs. IX. — (THIBIERGE et RAVAUT) (1) *Démonstration de la présence du Spirochæte dans la paroi de la veine, inoculation au malacus Rhesses.*

P. M., garçon de café, âgé de vingt neuf ans, entré le 23 février 1910 à l'hôpital St-Louis pour des accidents syphilitiques secondaires.

Le début de sa syphilis remonte au mois de décembre 1909; à cette époque il avait au niveau du menton un bouton qui fut coupé par le coiffeur le 13 décembre. Dès le 20 décembre il se présentait à la consultation de l'hôpital St-Louis où on lui ordonnait des pilules de Dupuytren.

A son entrée à l'hôpital il présente une éruption abondante de syphilides papuleuses, les unes à larges éléments, les autres de petites dimensions (syphilides folliculaires) des plaques syphilitiques de la verge du scrotum et du pharynx. Il n'a ni céphalée, ni chute des cheveux.

Il s'agit en somme d'une syphilis assez banale mais avec éruption cutanée abondante.

Le 7 mars en examinant le malade, en explorant ses membres inférieurs pour se rendre compte du degré d'infiltration des lésions syphilitiques, l'un de nous, en passant fortuitement la main à la face interne de la cuisse droite, constate la présence d'un cordon dur, du volume d'une plume d'oie, régulier, s'étendant sur les deux tiers inférieurs de la cuisse, suivant le trajet de la veine saphène interne. Le cordon est peu douloureux. Le malade déclare cependant que depuis deux jours il éprouve dans la jambe du même côté une certaine gêne et un peu de douleur dont il se disposait à se plaindre. On peut, en effet, sentir à la face interne de la

(1) THIBIERGE et RAVAUT, *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 14 avril 1910, p. 342.

jambe, plusieurs cordons durs, présentant les mêmes caractères que celui de la cuisse et correspondant aux veines superficielles. En aucun point on ne trouve de rougeur, pas d'œdème du membre à la jambe gauche bien que le malade n'éprouve aucune douleur on constate un cordon semblable à celui de la jambe droite.

Le 8 mars nous pratiquons l'extirpation d'un fragment de cinq centimètres de long sur la veine saphène interne droite entre deux ligatures.

Les jours suivants les lésions de la jambe gauche augmentent, la saphène interne indolore spontanément et à la pression au niveau du mollet forme un petit tuyau de pipe qui se prolonge à la partie interne de la cuisse.

Le 17 mars on constate la présence d'un cordon dur à la face antérieure de l'avant bras droit sur le trajet d'une veine superficielle.

Le malade n'a pas de fièvre il se sent seulement un peu faible.

Le 21 mars, des lésions analogues commencent à se produire à la partie antérieure de l'avant bras gauche.

Le 26 mars, le malade se plaint d'une douleur légère au niveau du pli du coude du bras droit.

Les jours suivants le nombre des veines atteintes augmente au niveau des avant bras.

Actuellement, les veines atteintes sont moins volumineuses, un peu moins fermes qu'au début, mais les cordons sont toujours perceptibles au niveau de toutes les veines précédemment enflammées.

Le malade a été soumis au traitement par les injections d'huile grise. Les lésions cutanées sont sensiblement atténuées.

III

Phlegmatia alba dolens

Obs. X. — (DRUELLE et PAUL BLUM) (1).

Le nommé D., 46 ans, est examiné par le docteur Druelle le 30 juillet 1910.

Le 1^{er} juin 1910 le malade s'est aperçu qu'il présentait deux ulcérations de la verge, l'une sous le frein, l'autre sur la partie supérieure et médiane du prépuce.

Le docteur Quivy (de Caudry) qui fut consulté à ce moment par le malade fit le diagnostic de chancres syphilitiques en se basant sur la régularité du fond et des bords de ces ulcérations sur l'induration de leur base et sur la présence dans chacune des aines de plusieurs ganglions gros, durs, indolents.

Le malade fut mis de suite au traitement spécifique et il fut pratiqué chaque semaine une injection d'huile grise correspondant à 8 centigrammes de mercure. Les deux chancres se cicatrisèrent rapidement.

Le 23 juin 1910 le malade se plaint d'une douleur dans le mollet gauche et constata un œdème du pied de ce côté. Le docteur Quivy fit le diagnostic de phlébite et ordonna le repos complet au lit.

Le 1^{er} juillet 1910 l'œdème remontait jusqu'à la partie supérieure de la cuisse gauche et les douleurs étaient beaucoup plus accentuées.

Le 3 juillet 1910 début d'une douleur dans le mollet droit s'accompagnant d'œdème du pied et de la jambe. Le diagnostic de phlébite de la jambe droite était donc évident.

Le 5 juillet on note que l'œdème a envahi les deux membres inférieurs qui sont énormes et qu'il s'étend même sur la partie inférieure de la paroi abdominale.

Le 10 juillet le malade qui gardait péniblement le repos

(1) DRUELLE et PAUL BLUM : *Ann. des Mal. Ven.* octobre 1914.

complet dans son lit est pris d'une douleur violente du côté droit : cette douleur augmente pendant la nuit et le lendemain il expulse quelques crachats hémoptoïques. Il s'agit d'une embolie de la base du poumon droit. Les œdèmes augmentent encore.

Le 20 juillet 1910 nouvelle embolie de la base droite.

Le 23 juillet 1910 le malade fait une embolie pulmonaire gauche.

Telle a été l'évolution de l'affection lorsque le docteur Druelle vit le malade le 30 juin 1910. Dans les antécédents pathologiques du malade on ne trouve à noter qu'une congestion pulmonaire survenue en novembre 1906 et qui s'est accompagnée d'une légère albuminurie.

Etat actuel. Les deux membres inférieurs sont le siège d'un œdème énorme ; la peau qui est blanche, lisse, luisante, semble être tendue au maximum. Une pression légère du doigt y détermine un profond godet, on note la dilatation de certaines veines superficielles. En palpant très prudemment la surface des deux membres on ne peut déceler aucun cordon induré correspondant à un trajet veineux, en raison de l'œdème considérable des deux cuisses. Cet examen est douloureux et du reste le malade présente des douleurs spontanées dans les deux membres inférieurs : ces douleurs spontanées sont maintenant moins violentes qu'au début des phlébites.

L'œdème n'est pas limité aux membres inférieurs ; il dépasse les limites supérieures des cuisses et envahit la paroi abdominale. Cette extension de l'œdème est plus marquée à gauche qu'à droite : l'infiltration de la paroi abdominale s'étend en effet à gauche jusqu'aux dernières côtes tandis qu'à droite elle ne remonte pas tout à fait jusqu'à l'ombilic.

L'auscultation des poumons montre à la base droite et à la base gauche plusieurs foyers de râles, témoignages des embolies qui se sont produites il y a quelques jours. Il ne

paraît pas y avoir aucun signe de tuberculose pulmonaire et l'auscultation des sommets est tout à fait négative à ce point de vue. On ne trouve aucune autre lésion viscérale. Le cœur est absolument normal, régulier et ne présente aucun signe de lésion valvulaire. Le tube digestif, le foie fonctionnent normalement. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. Les réflexes pupillaires à la lumière sont normaux.

Sur la verge on trouve deux cicatrices encore indurées correspondant aux chancres décrits plus haut. Malgré l'œdème qui a envahi les régions inguinales on y sent les adénopathies, satellites des chancres.

Sur les amygdales il existe des plaques muqueuses érosives et opalines ; on note également des petites adénites cervicales. L'état général est bon.

Le diagnostic de syphilis récente et de phlegmatia alba dolens double des membres inférieurs est évident. D'autre part comme il n'existe aucun signe d'une autre affection le malade n'étant ni tuberculeux ni cachectique l'origine syphilitique de ces phlébites semble pouvoir être affirmé avec certitude.

Comme il venait d'être pratiqué huit injections d'huile grise dans l'espace de deux mois, on interrompt le traitement mercuriel momentanément : il fut prescrit au malade deux grammes d'iodure de potassium par jour et de l'eau d'Enghien pour favoriser les éliminations de mercure : le malade fut soumis au régime de chlorure.

Le 15 août 1910 les douleurs des membres inférieurs sont presque totalement disparues : l'œdème n'existe plus sur la paroi abdominale mais toujours aussi développé sur les membres inférieurs. On commence une série d'injections quotidiennes de deux centimètres cubes de la solution de benzoate de mercure à 1 0/0.

Le 25 août 1910 sous l'influence des injections de benzoate de mercure qui sont très bien tolérées, l'œdème qui a dimi-

nué régulièrement depuis les premières de ces injections n'existe plus que sur les jambes et à la partie inférieure des cuisses. En même temps il est établi une diurèse abondante et le malade émet environ 3 litres d'urine en 24 heures.

Le 5 septembre 1910 le malade termine une série de vingt piqûres de deux centigrammes de benzoate de mercure.

Il ne persiste plus que de l'œdème des pieds et de la partie inférieure des jambes.

L'état général est excellent et le malade commence à se lever. Le 1^{er} octobre 1910 le malade auquel on pratique de nouveau des injections de benzoate de mercure peut sortir guéri de ses phlébites et les résultats de ce traitement confirment notre diagnostic de double *Phlegmatia alba dolens* syphilitique secondaire.

Obs. XI. — (MAURIAC) (1). (Résumé).

Malade de 20 ans présentant une balano-phlébite avec syphilides papuleuses. A la troisième semaine de sa syphilis se plaint d'une douleur vive dans le mollet de la jambe droite qui devient dure, enflée sans oblitération de veine ; puis deux mois après douleur dans le bras avec oblitération des veines et apparition d'un œdème considérable de tout le bras droit puis au cinquième mois phlébite de la jambe gauche ; plus tard crampes de la jambe gauche, douleurs dans le creux poplité sans que l'on constate d'induration veineuse.

Au bout de 6 mois plus de trace des accidents de phlébite.

Obs. XII. — (RICHARD D'AULNAY) (2), (Résumé).

Un danois de 25 ans. Chancre de la racine de la verge le 7 novembre 1893 le 25 décembre roséole confluente. Le 2 janvier 1894, pleurésie droite, le 11 janvier 1894, ictère.

Le 20, phlébite gauche avec œdème de la jambe et dou-

(1) MAURIAC, syphilis tertiaire et syphilis héréditaire 1890 p. 832.

(2) RICHARD D'AULNAY, *Ann. de Dermatol.* 1896, p. 938.

leur au creux poplité. Le 23, la jambe et le pied sont enflés et très douloureux.

Le malade guérit en février par traitement mercuriel continu.

Obs. XIII. — (AUDRY et CONSTANTIN) (1), (Résumé). — Philomène X... 41 ans, conduite légère. En février 1902 fait une éruption mal caractérisée et accompagnée de céphalée. L'éruption disparaît mais les cheveux tombaient et la malade maigrissait.

Revient à la consultation fin mars. Plaques muqueuses typiques. Traitement mercuriel.

Le 13 avril la malade commence à souffrir de sa jambe droite. Le 23 elle se décide à rentrer à l'hôpital.

Jambe gauche normale, jambe droite notablement gonflée d'œdème blanc livide et semé de stries bleuâtres est uniformément étendu à tout le segment du membre : il a son maximum sur le dos du pied et à la partie inférieure de la jambe devenue cylindrique : il est un peu douloureux à la pression. Aucune trace d'inflammation superficielle ; pas de traînées rouges, pas de lymphangite. Rien d'anormal du côté de la saphène, au niveau du mollet et des malléoles. La circonférence de la jambe malade mesurée au centimètre est supérieure de 4 à 6 centimètres à celle de la jambe saine.

Frictions Hg. La malade ne veut pas garder le lit et exige sa sortie le 14 mai très améliorée.

Obs. XIV. — (DIEULAFOY) (2) (Résumé).

Malade de 29 ans atteint de phlébite de la jambe gauche.

Œdème lisse, lustré, blanc et en quelques régions de la cuisse seulement il est rosé.

Œdème dur avec godet caractéristique.

(1) AUDRY et CONSTANTIN, *Journ. des Mal. Cut. et Syph.* 1902, p. 662 et (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*), 1902, p. 3210.

(2) DIEULAFOY, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu 1903, p. 290.

Douleur vive sur le trajet des cordons veineux indurés : à la racine de la cuisse, au creux poplité, à la jambe.

On découvre des cicatrices sur le malade qui avoue une syphilis traitée à St-Louis la phlébite s'est déclarée la semaine après la sortie de St-Louis c'est-à-dire 2 mois 1/2 après le chancre. Guérison en 3 semaines. Récidive 5 mois après. Guérison en 15 jours par mercure.

Obs. XV. — (ACHARD et DEMANCHE) (1) (Résumé).

Forme de phlegmatia alba dolens chez un malade dont le chancre remontait à deux mois 1/2.

Un peu d'hydarthrose du genou gauche.

Urines peu abondantes et fortement albumineuses (15 gr. au tube d'Esbach) sans aucun phénomène urémique.

Traitement mercuriel.

La phlébite guérit, l'œdème disparaît, l'albuminurie persiste.

(1) ACHARD et DEMANCHE, *Archives générales des maladies du cœur et des vaisseaux*, août 1913, p. 443.



CONCLUSIONS

1° La phlébite syphilitique est une affection qui est loin d'être rare à la période secondaire ou plus exactement, elle est et constitue un des accidents de la syphilis secondaire dus à la généralisation du tréponème.

2° Méconnue longtemps, son existence est actuellement hors de doute ; l'expérimentation (inoculation du macacus rhésus, par MM. Thibierge et Ravaut) a confirmé la nature syphilitique de cette injection prouvée d'ailleurs par la découverte de spirochètes en activité dans la tunique veineuse.

3° Cliniquement elle se présente sous des formes variables.

a) Forme superficielle : à évolution apyrétique et sans signes généraux : c'est la forme la plus fréquente.

b) Forme oblitérante des gros troncs veineux profonds des membres réalisant le syndrome de la « Phlegmatia alba dolens syphilitique » forme qui est loin d'être exceptionnelle comme l'ont démontré MM. Druelle et Paul Blum.

c) Formes viscérales mal connues et mal étudiées jusqu'à ce jour.

d) Formes plus rares : la forme pseudolymphangitique et la forme noueuse. La forme noueuse doit retenir l'attention des auteurs car elle est en réalité une forme veineuse de l'érythème noueux syphilitique de Mauriac.

4° Toutes les veines semblent pouvoir être atteintes ; les lésions souvent symétriques peuvent avoir une évolution successive.

5° Les piqûres intra-veineuses sont, mais dans certains cas seulement, susceptibles de déterminer des phlébites traumatiques qu'il faut savoir différencier de la phlébite syphilitique ; il existe un petit groupe de faits qu'on peut ranger sous le nom de phlébite syphilo-traumatique.

6° La médication intra-veineuse n'est cependant pas dangereuse dans le traitement des phlébites syphilitiques secondaires. Ce sera même le traitement de choix ; arsénical ou mercuriel selon les malades, il devra s'inspirer des règles générales du traitement antisyphilitique.

7° Dans bien des cas il sera également institué un traitement local à la phlébite.

8° Le pronostic reste bénin vu la rareté des complications et des séquelles.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON et BIRSCH HIRSCHFELD. — Art. Phlébite in *Dict. De-chambre* 1887.

AUDRY et CONSTANTIN. — Phlébite syphilitique de la veine poplitée (*Journal des mal. cut. et syphi.*, 1902, p. 662 et *Société franç. de dermat. et syphi.*, 1902, p. 321).

AUDRY. — Phlébite syphilitique ilio-crurale double' (*Bul. Soc. franç. de dermat. et syphi.*, 1902, p. 347).

ACHARD et DEMANCHE. — Phlébite syphilitique à forme phlegmatia alba dolens, albuminurie. (*Arch. des mal. du cœur et des vaisseaux*, août 1909, p. 749).

BROCA. — *Thèse Paris*, 1886.

BRÉDA. — Contributio alla phlébite syphilitica (*Revista Veneta di Scienze mediche*, 1889, p. 446).

BONDESIO. — Contribution à l'étude de la phlébite des membres dans la syphilis secondaire (*Thèse Paris* 1899).

CORNIL. — Leçons sur la syphilis. Paris, 1873, p. 38.

CHARVOT. — Deux cas de phlébites syphilitiques (*Revue de chirurgie*, 1891, p. 559).

CHRÉTIEN. — Néphrite et phlébite porto-cave syphilitiques avec accidents dus au traitement iodo-mercuriel (*Jour. des cons. médicales*, 1897, p. 370).

CAMPBELL (d'Edinbourg). — Phlébite au cours de la syphilis secondaire (*Bul. soc. méd. des Hôp.* 1902, p. 1005).

DECHAMBRE. — *Dict. encyclopédique*, 1887.

DARIER et CIVATTE. — Syphilides nodulaires hypodermiques (*Ann. de dermat. et syphi.*, mars 1905, p. 267).

DIEULAFOY. — *Leçons cliniques*, 1905-1906, t. V, 13^e leçon, p. 230 et phlébite syphilitique des deux jambes (*Presse médicale*, 1909, p. 130).

DRUELLE et PAUL BLUM. — La plegmatia alba dolens syphilitique secondaire, *Ann. des mal. ven.*, octobre 1914, p. 722.

FOURNIER. — *Traité de la syphilis* 1898, t. I, p. 705.

FOURNIER et LOEPER. — Deux cas de phlébite syphilitique secondaire (*Ann. de dermat.* 1899, p. 80).

GIRWOOD. — On three cases of phlébite occurring in patients affected with syphilitic prison. (*The Lancet*, 1860, p. 619).

CYREENHOW. — Case of muscular tumorus and of phlebitis with plugging of the superficial veins of both leys, in a patient subject of constitutional syphilis : to transaction of clinical Society. London, 1875, t. VI, p. 143.

GILBERT et LION. — *Société de biologie*, 1895.

GAUCHER et CHIRAY. — Sur un cas de phlébite syphilitique des veines superficielles du bras. (*Bul. Soc. méd. des Hôp.*, 1903, 119).

GAUCHER. — La syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur. (*Précis de syphiligraphie*. Doin, éd. 1909).

GAILLARD. — De la syphilis veineuse et particulièrement de la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres. Paris 1911.

GOURJARD. — La phlébite syphilitique tardive. (*Thèse Paris*, 1913).

HEUZARD. — De la phlébite syphilitique. (*Thèse Paris*, 1898).

KOULNIEFF. — Etude sur la prétendue lymphangite consécutive à l'induration syphilitique primitive (*Oc. supér. de St-Petersbourg : dissertation inaugurale*, 1889).

LANCERAUX. — Phlébite syphilitique. (*Traité. d'anato. poth.*, 1882, t. II, p. 974).

LENOIR. — Deux cas de syphilis secondaire des veines.

Assoc. française pour l'avanc. des sciences (*Congrès de Boulogne-sur-Mer*, 1899).

LUTEMBACHER. — La syphilis veineuse. (*Le Monde médical*, 5 sept. 1913).

MAURIAC. — Syphilis tertiaire syphilis héréditaire. Paris, 1890, p. 834.

MENDEL. — Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique. (*Arch. génér. de médecine*, mars 1894).

— Phlébite et myosite syphilitique. (*Ann. de dermat.*, 1895, p. 2).

PUGOLS. — *Thèse de Paris*, 1882.

PANELLA. — Sur la phlébite syphilitique secondaire. (*Giornale italiano della mal. venerea et della pelle*, 1908, p. 684).

RICHARD D'AULNAY. — Infection syph. s'accompagnant de pleurésie, de phlébite et d'ictère. (*Ann. de dermat.*, 1896, p. 938).

ROUSSY. — La phlébite syphilitique secondaire. (*Gaz. des Hôp.* 1903, p. 1013).

RENAULT et ROUSSY. — Une nouvelle observation de phlébite syphilitique secondaire. (*Bul. Soc. méd. des Hôp.*, 1903, p. 100).

SCHAUDIN et HOFFMAN. — Recherches microbiologiques sur la syphilis. (*Deutsch medici nischn Wochensch.*, 4 mai 1905).

THIBIERGE et RAVAUT. — La réaction palpébrale des singes macaques à l'inoculation de la syphilis. (*Bul. soc. méd. des Hôp.*, 1905, p. 465).

THIBIERGE et RAVAUT. — (*Bul. Soc. méd. des Hôp.*, 14 avril 1910, p. 342).

TOURNEUX et LÉVY. — Un cas de phlébite superficielle (*Toulouse médical*, 1908, mars).

TOURNEUX. — Les phlébites syphilitiques : études cliniques (*Archives médicales de Toulouse*).

VIDAL. — *Thèse Paris*, 1889.

VAQUEZ. — *Thèse Paris*, 1890.

— Clinique de la Charité, 1893.

WIDAL et BEZANGON, LABBÉ. — Maladies des veines. (*Traité Gilbert et Thainot*, t. XXV).



TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	9
Historique.....	11
Etiologie.....	14
Variétés cliniques.....	18
Diagnostic.....	35
Traitement.....	39
Observations.....	46
CONCLUSIONS.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63

Saint-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC
